

- c) Oznaczenie odpowiedzi następuje przez zamazanie **ołówkiem 2B lub 3B** całej **powierzchni prostokąta** wybranej przez Ciebie odpowiedzi. Pamiętaj, że od poprawności zamazania pola w dużej mierze zależy poprawność odczytu podanej przez Ciebie odpowiedzi. Przykłady poprawnego zamazywania pola możesz zobaczyć powyżej.
- d) Proponujemy, aby w czasie rozwiązywania testu najpierw zaznaczać odpowiedzi delikatną kropką. Gdy przekonasz się, że dobrze wybrałeś/eś, zakreślisz silnie całe pole. Jeżeli chcesz zmienić odpowiedź, wymaż gumką owe wcześniejsze zaznaczenie i wprowadź nową, zgodną ze swoją wiedzą, właściwą odpowiedź. Gdy upewnisz się, że kartę z odpowiedziami wypełniłeś/eś poprawnie, zamaz starannie prostokąty.

Niedopuszczalne jest zniszczenie karty, jej uszkodzenie (załamanie, zagięcie) zarysowanie brzegu karty, gdyż może to być przyczyną złego jej odczytu.

- e) Wybieraj zawsze tylko **jedną odpowiedź**. Zakreślenie więcej niż jednej odpowiedzi powoduje jej niezaliczenie.
- f) Na cały egzamin masz **3 godziny**. Jeżeli nie będziesz tracić czasu na próżno, na pewno zdążysz odpowiedzieć.
- g) Jeżeli ukończysz rozwiązywanie zadań wcześniej, możesz oddać karty odpowiedzi Przewodniczącemu Komisji i opuścić salę. Wraz z kartami odpowiedzi zwracasz również broszurkę z zadaniami, która jest drukiem ścisłego zachowania.
- h) Porozumiewanie się z sąsiadami oraz korzystanie z jakichkolwiek materiałów pomocniczych pociąga za sobą dyskwalifikację i ocenę niedostateczną z egzaminu.

Twój zestaw zadań testowych został oznaczony jako **WERSJA I**. W związku z tym przypominamy Ci, że Twój numer karty winien być **nieparzysty**. Dla potwierdzenia tego, że rozwiązujesz wersję I **w wierszu 7 górnej części karty** zakreślono pole z **cyfrą 1**. Prawidłowe zaznaczenie widać na rysunku niżej

NUMER KODOWY.....

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

cem
JESIEŃ 2018

**EGZAMIN SPECJALIZACYJNY Z
CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ**

1	A	B	C	D	E
61	A	B	C	D	E

Nr 1.Wskaż kryteria kwalifikacji chorych z czerniakiem skóry do biopsji węzła wartowniczego:

- 1) grubość zmiany pierwotnej czerniaka ≥ 1 mm wg Breslowa;
- 2) grubość zmiany pierwotnej czerniaka $\geq 0,76$ mm wg Breslowa;
- 3) brak przerzutów odległych do regionalnych węzłów chłonnych oraz przerzutów odległych;
- 4) każda grubość zmiany pierwotnej czerniaka zakwalifikowana po biopsji wycinającej jako co najmniej pT1b;
- 5) każda grubość zmiany pierwotnej czerniaka zakwalifikowana po biopsji wycinającej jako co najmniej pT2.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,3,4. **B.** 1,3,5. **C.** 2,3,4. **D.** 2,3,5. **E.** 2,5.

Nr 2.Największą liczbę zachorowań na nowotwory jajnika notuje się między:

- A.** 30. a 39. r.ż.
B. 35. a 45. r.ż.
C. 40. a 49. r.ż.
D. 50. a 64. r.ż.
E. 55. a 70. r.ż.

Nr 3.Rak jądra jest najczęstszym nowotworem złośliwym wśród mężczyzn w wieku:

- A.** pomiędzy 15. a 40. r.ż.
B. pomiędzy 25. a 50. r.ż.
C. pomiędzy 35. a 60. r.ż.
D. pomiędzy 40. a 65. r.ż.
E. po 65. r.ż.

Nr 4.25-letni pacjent zgłasza się z rozpoznaniem czerniaka zlokalizowanego w dolnej części grzbietu przykręgosłupowo po stronie lewej. Stan po biopsji wycinającej – grubość nacieku wg Breslowa 1,0 mm, Clark III, owrzodzenie, brak satelitoz, obfity naciek limfocytarny, 1 mitoz/HPF. Regionalne węzły chłonne niepodważane, brak cech rozsiewu choroby. Jaki zabieg w zakresie węzłów chłonnych należy pierwotnie zaproponować pacjentowi?

- A.** obustronna limfadenektomia pachowa.
B. obustronna limfadenektomia biodrowo-pachwinowa.
C. w opisanym przypadku należy tylko i wyłącznie miejscowo poszerzyć wycięcie.
D. biopsja węzła wartowniczego zgodnie ze scyntyografią wykonaną po podaniu znacznika radiokoloidowego.
E. biopsja węzła wartowniczego obu okolic pachowych i pachwinowych.

Nr 5.Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące *dermatofibrosarcoma protuberans* (włókniakomięsak guzowaty skóry):

- A. charakteryzuje się długotrwałym wzrostem miejscowym.
- B. może ulegać transformacji do włókniakomięsaka o dużym stopniu złośliwości.
- C. w leczeniu systemowym zaawansowanych przypadków stosowany jest wemurafenib.
- D. rzadko tworzy przerzuty odległe.
- E. w przypadku nieradykalnego wycięcia zmiany pierwotnej postępowaniem z wyboru jest poszerzenie marginesu wycięcia.

Nr 6.Chirurgia mikrograficzna Mohsa może znaleźć zastosowanie w leczeniu:

- A. raka podstawnokomórkowego skóry zlokalizowanego na policzku.
- B. czerniaka skóry uda.
- C. *dermatofibrosarcoma protuberans* skóry czoła.
- D. mięsaka jasnokomórkowego tkanek miękkich przedramienia lewego.
- E. prawdziwe są odpowiedzi A i C.

Nr 7.Podstawowe czynniki rokownicze dla przeżycia u chorych na raka żołądka to:

- 1) głębokość naciekania;
- 2) przerzuty do węzłów chłonnych;
- 3) dodatni wynik badania cytologicznego płynu z otrzewnej;
- 4) stopień zróżnicowania G;
- 5) choroba resztkowa: R0, R1 lub R2.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,3. **B.** 1,2,3,4. **C.** 1,3,4,5. **D.** 1,3,5. **E.** 1,2,3,5.

Nr 8.U 55-letniego mężczyzny badanie PSA w styczniu 2015 roku wykazało wartość 1,5 ng/ml., w sierpniu 2015 roku 4,0 ng/ml., w listopadzie 2018 roku 4,0 ng/ml. W 2017 roku i 2018 roku ultrasonografia przezodbytnicza nie wykazała nieprawidłowości w zakresie narządu a badanie mikroskopowe 14 wycinków pobranych z narządu nie wykazało utkania nowotworu. Mężczyzna nie skarży się dolegliwości ze strony dróg moczowych. Objętość gruczołu krokowego oceniona jest na 90 ml. Co należy zaproponować?

- A. kolejne badanie ultrasonograficzne gruczołu krokowego przez odbytnicę, po czym pobranie biopsji z obu płatów stercza celem wykluczenia raka.
- B. wykonanie rezonansu magnetycznego wieloparametrycznego gruczołu krokowego, po czym decyzja o dalszym postępowaniu.
- C. ponowną kontrolę PSA za 3 miesiące.
- D. baczną obserwację, ponieważ poziom PSA jest prawidłowy.
- E. powtórzenie PSA za 12 miesięcy.

Nr 9.Wskaż zasady postępowania u chorych na zaawansowanego raka żołądka:

- 1) u chorych, u których w badaniach obrazowych nie wykryto przerzutów odległych (cM0), konieczne jest wykonanie laparoskopii diagnostycznej;
- 2) resekcja żołądka, a następnie konsultacja onkologiczna i chemioterapia uzupełniająca;
- 3) gdy drożność przewodu pokarmowego jest zaburzona, nawet gdy stwierdzono rozsiew w jamie otrzewnej, należy rozważyć wykonanie operacji paliatywnej przywracającej pasaż przewodu pokarmowego;
- 4) przy znacznym zwężeniu światła narządu i objawach niedrożności, zwłaszcza w okolicy odźwiernika, wartym rozważenia jest wykonanie paliatywnej resekcji dalszej części żołądka, o ile jej wykonanie jest możliwe i bezpieczne;
- 5) u każdego chorego, u którego pierwotnie wykonano (poza ośrodkiem referencyjnym) resekcję/gastrektomię bez chemioterapii przedoperacyjnej, a badanie histopatologiczne preparatu operacyjnego wskazuje na uchybienia co do radykalności operacji, należy rozważyć zastosowanie radio-chemioterapii uzupełniającej.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,3. **B.** 2,3. **C.** 2,3,4. **D.** 1,3,4. **E.** 1,3,4,5.

Nr 10.Zgodnie z zaleceniami Konsultanta Krajowego oraz Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej chorzy na raka żołądka powinni mieć wykonywane planowe operacje w specjalistycznych ośrodkach referencyjnych, w których:

- 1) wykonuje się co najmniej 30 resekcji żołądka w ciągu roku;
- 2) wykonuje się co najmniej 50 resekcji żołądka w ciągu roku;
- 3) istnieje możliwość wykonania laparoskopii w miejscu;
- 4) istnieje możliwość zastosowania chemioterapii i/lub radioterapii;
- 5) prowadzi się regularne zebrania zespołu wielodyscyplinarnego.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,3. **B.** 2,3. **C.** 1,3,5. **D.** 1,3,4,5. **E.** 2,3,4,5.

Nr 11.Zastosowanie uzupełniającej chemioterapii pooperacyjnej u chorych na raka okrężnicy zależy od oceny zaawansowania (pTNM) i najczęściej ma miejsce w III stopniu, a także:

- 1) po stwierdzeniu przerzutów do co najmniej 3 węzłów chłonnych;
- 2) w II stopniu pTNM, gdy operacja była wykonywana w trybie doraźnym z powodu niedrożności;
- 3) w II stopniu pTNM, gdy w czasie operacji doszło do (jatrogennej) perforacji guza;
- 4) w II stopniu pTNM, gdy stwierdzono naciekanie na narządy sąsiednie (T4);
- 5) w II stopniu pTNM, gdy patolog zbadał mniej niż 12 spośród usuniętych węzłów chłonnych.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2. **B.** 1,2,3. **C.** 1,2,3,4. **D.** 2,3,4,5. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 12.Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące indywidualizacji postępowania i jego kolejności u chorych na raka okrężnicy w IV stopniu zaawansowania:

- 1) w przypadku obecności przerzutów w wątrobie należy rozważyć możliwość ich wycięcia w sekwencji z przed- lub pooperacyjną chemioterapią;
- 2) ablację przerzutów w wątrobie można wykonać w przypadku dyskwalifikacji od wycięcia, o ile ich liczba i wielkość jest ograniczona;
- 3) możliwe jest leczenie złożone przerzutów w wątrobie obejmujące anatomiczne i nieanatomiczne resekcje wątroby oraz metody ablacyjne;
- 4) w szczególnych przypadkach można rozważyć wycięcie ognisk przerzutowych w innych narządach (np. w płucu), o ile ognisko pierwotne w jelicie grubym i ewentualne ogniska wtórne (np. w wątrobie) można doszczętnie wyciąć lub poddać skutecznej ablacji;
- 5) przerzuty do więcej niż jednego narządu (M1b) są zawsze przeciwwskazaniem do leczenia chirurgicznego.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2. **B.** 1,2,3. **C.** 1,2,3,4. **D.** 1,2,3,5. **E.** tylko 5.

Nr 13.24-letnia chora zgłosiła się z powodu guzowatej masy wielkości 7 cm zlokalizowanej w przynasadowej bliższej części kości udowej ze złamaniem patologicznym. W wykonanych badaniach obrazowych i biopsji stwierdzono mięsaka kościopochodnego bez cech przerzutów odległych. Jakie jest najwłaściwsze postępowanie terapeutyczne?

- A.** resekcja fragmentu kości udowej z guzem i z zaoszczędzeniem kończyny oraz implantacją protezy onkologicznej.
- B.** wycięcie radykalne nowotworu z implantacją protezy i chemioterapią uzupełniającą.
- C.** wyłuszczenie w stawie biodrowym.
- D.** stabilizacja zewnętrzna, chemioterapia neoadjuwantowa, resekcja radykalna z zaoszczędzeniem kończyny i implantacją protezy onkologicznej skojarzona z chemioterapią adjuwantową.
- E.** resekcja miejscowa guza z uzupełniającą radykalną radioterapią.

Nr 14.Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące raka z komórek Merkla:

- A.** w leczeniu choroby przerzutowej zastosowanie znajduje immunoterapia, np. za pomocą przeciwciał anty-PD-L1 (awelumab) lub anty-PD-1.
- B.** wykazuje cechy drobnookrągłokomórkowego nowotworu neuroendokrynnego w ocenie histopatologicznej.
- C.** u chorych bez klinicznych cech przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych wykonuje się biopsję węzłów wartowniczych.
- D.** po limfadenektomii rutynowo stosuje się uzupełniającą chemioterapię.
- E.** częściej występuje u osób z upośledzonym układem immunologicznym, w starszym wieku oraz narażonych na promieniowanie ultrafioletowe oraz wykazuje związek z wirusem polioma.

Nr 15.Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące obserwacji po leczeniu czerniaka:

- A.**w ciągu pierwszych 3 lat po leczeniu czerniaka o większym ryzyku zaleca się intensyfikację kontroli w tym okresie, głównie w celu wykrycia ewentualnego nawrotu lokoregionalnego.
- B.**w czerniakach w stopniach zaawansowania I stosuje się rutynowo w kontroli badania obrazowe, jak ultrasonografię jamy brzusznej.
- C.**badanie MR mózgu można stosować opcjonalnie w kontroli chorych w stopniu IIC i IIIC przez pierwsze 2-3 lata.
- D.**podczas badań kontrolnych obowiązuje badanie całej skóry chorego, a nie tylko okolicy, w której rozwinął się uprzednio ten nowotwór, w związku ze statystycznie większą szansą rozwoju drugiego niezależnego ogniska czerniaka lub innego nowotworu skóry.
- E.**do oceny regionalnych węzłów chłonnych — oprócz palpacji — można stosować badanie USG, zwłaszcza w przypadkach, gdzie nie wykonano wcześniej biopsji węzła wartowniczego.

Nr 16.Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące terapii czerniaków skóry:

- 1) zastosowanie kombinacji inhibitorów *BRAF* i *MEK* w leczeniu zaawansowanych czerniaków bez obecności mutacji *BRAF* wykazuje podobną skuteczność terapeutyczną jak u chorych na czerniaki z obecnością mutacji *BRAF*;
- 2) w czerniakach inwazyjnych o grubości powyżej 2 mm wg Breslowa zaleca się 3 cm ostateczny margines radykalnego leczenia zmiany pierwotnej;
- 3) immunoterapia przeciwciałami anti-PD-1 zalecana jest w leczeniu zaawansowanych czerniaków bez względu na status mutacji *BRAF*;
- 4) w przypadku stwierdzenia izolowanych przerzutów do węzłów chłonnych czerniaka o nieznanym ognisku pierwotnym postępowaniem z wyboru jest limfadenektomia terapeutyczna;
- 5) po stwierdzeniu przerzutu do węzła wartowniczego można rozważyć radykalną limfadenektomię uzupełniającą szczególnie przy wielkości mikroprzerzutu > 1 mm.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.**1,2,4. **B.**2,3,4. **C.**3,4,5. **D.**2,4,5. **E.**wszystkie wymienione.

Nr 17.W przypadku wycięcia niewyczuwalnej klinicznie i oznaczonej igłą lokalizacyjną zmiany z piersi należy preparat operacyjny w pierwszej kolejności skierować:

- A.** „na świeżo” do zakładu patomorfologii celem utrwalenia.
- B.** do mammografii preparatu.
- C.** do ultrasonograficznej oceny poprzedzającej mammografię preparatu.
- D.** do takiego badania obrazowego preparatu, pod kontrolą którego założono igłę lokalizacyjną.
- E.** do zakładu diagnostyki obrazowej po niezwłocznym utrwaleniu w formalinie na terenie bloku operacyjnego.

Nr 18.Wskaż profil molekularny charakterystyczny dla raka piersi typu luminalnego A:

- | | |
|---------|-----------------|
| 1) ER+; | 5) HER2-; |
| 2) ER-; | 6) HER2+; |
| 3) PR+; | 7) Ki67 < 14%; |
| 4) PR-; | 8) Ki67 14-35%. |

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,3,8. **B.** 1,3,5,7. **C.** 2,4,5,8. **D.** 2,3,6,7. **E.** 4,6,7.

Nr 19.Najczęstszym nienabłonkowym nowotworem złośliwym rozwijającym się w obrębie piersi spośród niżej wymienionych jest:

- A.** odróżnicowany tłuszczakomięsak.
- B.** mięsak naczyńiopochodny.
- C.** *dermatofibrosarcoma*.
- D.** pierwotny chłoniak T-komórkowy piersi.
- E.** przerzut czerniaka do piersi.

Nr 20.Mastektomia zmodyfikowana sposobem Pateya według krajowego konsensusu PTChO dotyczącego leczenia nowotworów piersi obejmuje usunięcie wymienionych niżej struktur anatomicznych, **z wyjątkiem:**

- A.** piersi z kompleksem otoczka-brodawka wraz ze skórą pokrywającą gruczoł.
- B.** mięśnia piersiowego mniejszego.
- C.** mięśnia piersiowego większego.
- D.** powięzi pokrywającej mięśnie piersiowe.
- E.** układu chłonnego dołu pachowego.

Nr 21.Zgodnie z konsensusem Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej oraz zaleceniami Konsultanta Krajowego w dziedzinie chirurgii onkologicznej dotyczącymi *Breast Cancer Unit* (BCU), odsetek chorych na raka piersi leczonych w pełnoprofilowym BCU w sposób oszczędzający (BCT) powinien wynosić co najmniej:

- A.** 25%. **B.** 40%. **C.** 50%. **D.** 60%. **E.** 75%.

Nr 22.U 78-letniego chorego, u którego podczas kolonoskopii usunięto 2 cm polip jelita grubego, w badaniu histopatologicznym stwierdzono utkanie raka gruczołowego. Które z niżej wymienionych czynników upoważniają do stwierdzenia, iż polipektomia endoskopowa jest leczeniem wystarczającym:

- 1) brak zatorów z komórek raka w naczyniach krwionośnych i limfatycznych;
- 2) margines pomiędzy odcięciem polipa, a naciekiem raka ≥ 2 mm;
- 3) wysokie (G1) lub średnie (G2) zróżnicowanie nowotworu;
- 4) lokalizacja polipa w okrężnicy;
- 5) ujemny wynik badania PET-CT.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,4,5. **B.** 2,4,5. **C.** 1,2,3. **D.** 2,3,4. **E.** 3,4,5.

Nr 23.Zaniechanie leczenia operacyjnego i strategia uważnej obserwacji (*watch-and-wait policy*) u chorego na raka odbytnicy, u którego po zastosowaniu radio-chemioterapii doszło do całkowitej klinicznej remisji nowotworu, jest możliwa jedynie w przypadku:

- A. braku obecności zmian nowotworowych w biopsji pobranej ze ściany jelita w miejscu gdzie znajdował się guz.
- B. prawidłowego wyniku badania TRUS i MRI.
- C. prawidłowego wyniku badania PET-CT.
- D. gdy obraz endoskopowy ściany jelita wykazuje prawidłową błonę śluzową odbytnicy lub jedynie gładką bliznę z teleangiektazją lub bez teleangiektazji.
- E. kontrolowanych badań klinicznych.

Nr 24.Kliniczne cechy zaawansowania raka odbytnicy przemawiające za jego nieresekcyjnością, to:

- 1) najdłuższy wymiar guza nowotworowego > 5cm;
- 2) naciek guza na tkanki mezorektum określony jako cecha cT4b;
- 3) naciek powięzi mezorektum (cecha MRF/+/-);
- 4) położenie guza nowotworowego w dolnej części odbytnicy (0-5 cm od brzegu odbytu;
- 5) stan regionalnych węzłów chłonnych określony jako cecha cN+.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,4. B. 1,5. C. 2,3. D. 2,5. E. 4,5.

Nr 25.Naciekanie powięzi mezorektum (cecha MRF/+/-) w przypadku raka dolnej lub środkowej części odbytnicy o zaawansowaniu klinicznym cT3 N0 M0 jest wskazaniem do:

- A. klasycznej przedoperacyjnej radio-chemioterapii lub radioterapii 5 x 5 Gy z konsolidacyjną chemioterapią, a następnie resekcji TME.
- B. przedoperacyjnej radioterapii 5 x 5 Gy z natychmiastową resekcją TME.
- C. wyłonienia stomii i dalszego leczenia paliatywnego.
- D. pierwotnej resekcji TME, a następnie leczenia adjuwantowego.
- E. paliatywnej radio-chemioterapii.

Nr 26.W obustronnym raku piersi kwalifikacja do biopsji węzła wartowniczego powinna uwzględniać następujące zasady:

- 1) biopsja węzła wartowniczego powinna być wykonywana metodą skojarzoną: izotop i błękit metylenowy;
- 2) kwalifikacja do biopsji węzła wartowniczego opiera się na tych samych zasadach jak w raku piersi jednostronnym;
- 3) stwierdzenie cechy N0 na podstawie badania fizykalnego oraz badań obrazowych;
- 4) wskazania do biopsji węzła wartowniczego rozpatruje się dla obu raków jednakowo;
- 5) biopsja węzła wartowniczego może być wykonana metodą z ferromagnetykiem.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,5. B. 1,2,3. C. tylko 3. D. 1,2,3,5. E. 2,4.

Nr 27. U chorych z samoistnym wyciekami z brodawki z pojedynczego przewodu mlekowego oraz z jednej piersi przy obecności licznych rozrostów wewnątrzprzewodowych optymalnym leczeniem jest wykonanie zabiegu:

- A. kwadrantektomii.
- B. usunięcia brodawki piersiowej z przewodami.
- C. amputacji prostej.
- D. wycięcia pojedynczego przewodu mlekowego.
- E. żadnego z wymienionych - nie ma wskazań do operacji.

Nr 28. W „zespole rakowiaka” (potwierdzonym badaniami hormonalnymi) najczęstszą przyczyną zgonu jest:

- A. niedomykalność zastawki trójdzielnej ew. płucnej serca.
- B. wyniszczenie nowotworowe.
- C. wielopoziomowa niedrożność spowodowana rozległym włóknieniem krezki jelita cienkiego.
- D. udar spowodowany niekontrolowanym nadciśnieniem tętniczym.
- E. stenoza zastawki aortalnej.

Nr 29. Podstawowym markerem w monitorowaniu nowotworów neuroendokrynnych jest:

- A. alfa-fetoproteina (AFP).
- B. antygen karcinoembriogeny (CEA).
- C. CA-19.9.
- D. hCG.
- E. chromogranina A (CgA).

Nr 30. Guzy neuroendokrynnego trzustki mogą stanowić element następujących stanów chorobowych, za wyjątkiem:

- A. zespołu MEN1.
- B. zespołu von Hippel-Lindau.
- C. nerwiakowłókniniakowatości typu 1 (zespół Recklinghausena).
- D. zespołu Zollingera-Ellisona.
- E. choroby Gravesa-Basedowa.

Nr 31. U pacjenta operowanego z powodu podejrzenia zapalenia wyrostka robaczkowego stwierdzono guz neuroendokrynnego wielkości 1,0 cm, położony w jego części dystalnej, bez cech naciekania naczyń krwionośnych i chłonnych. Zalecane postępowanie to:

- A. leczenie analogami somatostatyny.
- B. prawostronna hemikolektomia z limfadenektomią.
- C. obserwacja w badaniach obrazowych (USG, KT).
- D. podanie radioizotopu.
- E. monitorowanie poziomu kwasu hydroksyindolooctowego w kierunku ew. wznowy.

Nr 32.W badaniu endoskopowym stwierdzono u pacjenta guzek o śr. 0,8 cm (T 1a) o wyglądzie guza neuroendokrynnego, położony 10 cm od zwieracza odbytu. Prawidłowe postępowanie lecznicze to:

- A. przednia resekcja odbytnicy.
- B. endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa.
- C. endoskopowa polipektomia pętlą diatermiczną.
- D. przezzwieraczowe endoskopowe pełnościenne wycięcie guza (TEM).
- E. rozważenie radioterapii 5x5 Gy.

Nr 33.U pacjenta, u którego z powodu wola guzkowego usunięto tarczycę, rozpoznano w badaniu histopatologicznym raka rdzeniastego. Który z wymienionych elementów postępowania nie ma zastosowania w tym przypadku?

- A. badania genetyczne pacjenta i rodziny w kierunku rodzinnego występowania nowotworu.
- B. monitorowanie poziomu kalcytoniny celem wykrycia ew. wznowy.
- C. badania genetyczne i obserwacja innych narządów układu wydzielania wewnętrznego pod kątem zespołu MEN.
- D. terapia izotopowa z użyciem jodu.
- E. badanie receptorów somatostatynowych.

Nr 34.W gastrokopii stwierdzono pojedynczy polip trzonu żołądka o średnicy 3 cm. W wycinkach stwierdzono utkanie guza neuroendokrynnego (G1),ponadto zmiany o charakterze zanikowego nieżytu żołądka. Prawidłowe postępowanie to:

- A. endoskopowe usunięcie polipa i obserwacja.
- B. gastrektomia.
- C. przewlekłe leczenie analogami somatostatyny.
- D. antrektomia.
- E. usunięcie polipa i uzupełniająca terapia radioizotopowa (PRRT).

Nr 35.Guz neuroendokrynnny głowy trzustki o śr. 3 cm, z dużą ekspresją receptorów somatostatynowych w badaniach izotopowych, nieczynny hormonalnie, bez cech rozsiewu:

- A. powinien być bezwzględnie zoperowany.
- B. powinien być poddany leczeniu izotopowemu „gorącymi” analogami somatostatyny (PRRT).
- C. może być poddany obserwacji, w chwili obecnej nie wymaga leczenia.
- D. optymalnie powinien być leczony termoablacją.
- E. powinien być poddany radioembolizacji.

Nr 36.Do objawów VIP-oma, czyli zespołu WDHA,nie należy:

- A. wodnista biegunka.
- B. hipokaliemia.
- C. niedokrwistość z niedoboru żelaza.
- D. achlorhydria.
- E. obecność guza w trzustce.

Nr 37.W przypadku chłoniaków piersi:

- 1) pierwotne chłoniaki piersi są w większości chłoniakami nieziarniczymi z komórek B;
- 2) leczenie jest analogiczne do leczenia chłoniaków w innych lokalizacjach;
- 3) wskazana jest kapsulotomia w przypadku rozpoznania chłoniaka piersi po zabiegu rekonstrukcyjnym;
- 4) jednym z kryteriów rozpoznania pierwotnego chłoniaka piersi jest brak lokalizacji chłoniaka poza gruczołem piersiowym;
- 5) mastektomia wydłuża czas przeżycia i nie ma związku z częstością wznów miejscowych.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,4,5. **B.** 1,2,3,4. **C.** 2,3,5. **D.** 1,2,3. **E.** tylko 2.

Nr 38.W raku piersi u mężczyzn:

- 1) podstawowe znaczenie diagnostyczne ma ultrasonografia;
- 2) nie wykonuje się biopsji węzła wartowniczego;
- 3) nie stosuje się leczenia indukcyjnego;
- 4) amputacja piersi zawsze musi obejmować mięsień piersiowy większy;
- 5) podstawą leczenia uzupełniającego są antyestrogeny.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,5. **B.** 1,2,3. **C.** 2,4,5. **D.** 1,2,5. **E.** 3,4.

Nr 39.51-letnia pacjentka zgłosiła się do chirurga onkologa z prośbą o interpretację wyniku usg piersi: „Piersi o utkaniu gruczołowo-tłuszczowym. W piersi lewej w lokalizacji Lt 4 2 c widoczna zmiana lita o średnicy 14 mm o zatartych granicach. Innych zmian ogniskowych nie uwidoczniono. Przewody mlekowe nieposzerzone. Węzły chłonne pachowe niepowiększone. BIRADS 4c”. Co oznacza powyższy wynik?

- 1) pacjentka wymaga pilnej biopsji w celu dalszej diagnostyki;
- 2) ultrasonografia nie jest podstawowym badaniem w diagnostyce piersi i dlatego wymagane jest dodatkowe badanie (mammografia);
- 3) należy rozważyć założenie karty DİLO;
- 4) zmiana jest prawdopodobnie łagodna, ale należy powtórzyć badanie za 6 miesięcy;
- 5) należy wykonać oznaczenie stężeń Ca15.3 oraz Ca 125.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,3. **B.** 2,3,5. **C.** tylko 4. **D.** tylko 5. **E.** 1,2,5.

Nr 40.Zgodnie z zaleceniem Konsensusu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej biopsja węzła wartowniczego w raku piersi z cechą N0 nie jest wskazana:

- A.** w przypadku wznowy raka po BCT z SLNB.
B. przy mastektomii redukującej ryzyko zachorowania na raka piersi.
C. u chorej karmiącej.
D. w przypadku rozpoznania DCIS z podejrzeniem mikroinwazji.
E. u mężczyzn chorych na raka piersi.

Nr 41. Zgodnie z zaleceniem Konsensusu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej wskazaniem do limfadenektomii pachowej po leczeniu neoadjuwantowym raka piersi **nie jest**:

- A. cecha pN+ po leczeniu neoadjuwantowym.
- B. każdy przerzut (w tym mikroprzerzut) do węzła wartowniczego po chemioterapii neoadjuwantowej.
- C. identyfikacja minimum 3 węzłów chłonnych zdefiniowanych jako pN0, w przypadku konwersji cechy cN1 do cN0.
- D. brak identyfikacji węzła wartowniczego w trakcie SLNB po leczeniu neoadjuwantowym.
- E. brak klipsa w trakcie SLNB w węźle oznaczonym jako przerzutowy przed leczeniem.

Nr 42. W badaniu histopatologicznym po operacji chorej na raka piersi stwierdzono obecność przerzutów do 8 węzłów chłonnych pachowych, w tym jeden przerzut miał średnicę większą niż 2 mm. Zapis w raporcie patologa wygląda następująco:

- A. pN1c.
- B. pN2a.
- C. pN2b.
- D. pN3a.
- E. ypNx.

Nr 43. Optymalna kolejność leczenia u 38-letniej chorej na inwazyjnego raka piersi prawej, o cechach: T2, N0, M0 oraz profilu ER+, PgR+, HER2 (3+), Ki67 65%, powinna wyglądać następująco:

- A. przedoperacyjna chemioterapia, wycięcie guza piersi z marginesem tkanki zdrowej + biopsja węzła wartowniczego, radioterapia, immunoterapia uzupełniająca, hormonoterapia uzupełniająca.
- B. wycięcie guza piersi z marginesem tkanki zdrowej + limfadenektomia pachowa, radioterapia, chemio-immunoterapia uzupełniająca, hormonoterapia uzupełniająca.
- C. przedoperacyjna chemio-immunoterapia, wycięcie guza piersi z marginesem tkanki zdrowej + biopsja węzła wartowniczego, radioterapia, immunoterapia uzupełniająca, tamoksyfen.
- D. zmodyfikowana radykalna amputacja piersi, immunoterapia, hormonoterapia uzupełniająca.
- E. przedoperacyjna immunoterapia + supresja jajników, wycięcie guza piersi z marginesem tkanki zdrowej + biopsja węzła wartowniczego, immunoterapia uzupełniająca.

Nr 44. Badania przesiewowe w raku piersi w Polsce wykonywane są u kobiet bez objawów nowotworu piersi w wieku:

- A. 40-79 lat.
- B. 40-69 lat.
- C. 49-69 lat.
- D. 50-79 lat.
- E. 50-69 lat.

Nr 45. W celu obniżenia ryzyka zachorowania na raka piersi zaleca się:

- 1) unikanie nadwagi i otyłości;
- 2) aktywność fizyczną;
- 3) ograniczanie spożycia alkoholu;
- 4) unikanie palenia tytoniu;
- 5) ograniczanie stosowania hormonalnej terapii zastępczej;
- 6) w grupach bardzo wysokiego ryzyka (wg indywidualnych wskazań) profilaktyczne zabiegi operacyjne (amputacja piersi, usunięcie jajników z jajowodami).

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,3,5,6. **B.** 1,2,3,4,5. **C.** 1,3,6. **D.** 1,2,4,5. **E.** 1,2,5.

Nr 46. Do najważniejszych cech kliniczno-rodowodowych związanych ze zwiększonym prawdopodobieństwem nosicielstwa mutacji BRCA należą:

- 1) zachorowanie na raka piersi przed 40. rokiem życia, szczególnie jeśli rak ten ma ujemną cechę ER/PgR oraz ujemny stan HER2 („trójujemny rak piersi”);
- 2) mnogie zachorowania na raka piersi i/lub jajnika w rodzinie;
- 3) przypadki zachorowań na inne nowotwory u tej samej osoby, zwłaszcza jeśli jednym z nich jest rak jajnika;
- 4) obustronny rak piersi;
- 5) rak piersi u mężczyzny;
- 6) rak o dodatnich cechach ER/PgR oraz ujemnym stanie HER2 („podtyp luminalny A”) u chorych po menopauzie.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. wszystkie wymienione. **B.** 1,2,3,4,5. **C.** 1,3,4,5. **D.** 1,2,3,5. **E.** 1,2,5.

Nr 47. W przypadku raka piersi u ciężarnej:

- 1) w diagnostyce guza piersi wykorzystuje się biopsję cienkoigłową, jako metodę mniej inwazyjną niż biopsja gruboigłowa;
- 2) nie powinno stosować się leczenia systemowego – chemioterapii w II i III trymestrze ciąży;
- 3) w przypadku ciąży ≥ 23 tygodni, leczenie chirurgiczne powinno być przeprowadzone w ośrodku z zabezpieczeniem neonatologiczno-położniczym;
- 4) w czasie ciąży zaleca się stosowanie hormonoterapii i leczenia celowanego (anty-HER2);
- 5) zakończenie wcześniejsze ciąży (aborcja) nie wpływa na poprawę rokowania dla matki.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,3. **B.** 2,3,4. **C.** 3,4,5. **D.** 3,5. **E.** 2,4,5.

Nr 48.Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące choroby Pageta brodawki sutkowej:

- 1)odpowiada histologicznie rakowi inwazyjnemu skóry;
- 2)rozpoznanie choroby Pageta potwierdza się rozpoznaniem histopatologicznym;
- 3)chorobie Pageta brodawki sutkowej może towarzyszyć rak przewodowy in situ lub rak inwazyjny piersi;
- 4)leczenie chirurgiczne raka Pageta poprzedzone jest przedoperacyjnym leczeniem miejscowym;
- 5)limfadenektomia pachowa w leczeniu chorych na raka Pageta jest postępowaniem standardowym.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. wszystkie wymienione. **B.** 2,3. **C.** 1,3,4,5. **D.** 1,2,3,5. **E.** 1,2,5.

Nr 49.Pacjentka lat 49, zgłosiła się do chirurga onkologa z powodu guza piersi lewej, który stwierdziła podczas samobadania. Klinicznie pierś bez obrzęku, „zaciągania” i zaczerwienienie skóry piersi z wyczuwalnym guzem wielkości 3,5 cm oraz niepowiększonymi, klinicznie niepodejrzanymi węzłami chłonnymi. W mammografii i badaniu usg – guz piersi 35 mm z węzłami chłonnymi do 10 mm, niepodejrzanymi o przerzuty. W wykonanym his.-pat. guza piersi: Rak NST, G3, ER - 0%, PgR- 0%, HER2-(3+), Ki67-98%. Badania cytologicznego węzłów chłonnych nie wykonywano.Zalecanym postępowaniem jest:

- A.** chemioterapia przedoperacyjna, w przypadku odpowiedzi na leczenie radykalna mastektomia, radioterapia.
- B.** radykalna mastektomia, chemioterapia przedoperacyjna, radioterapia.
- C.** chemioterapia przedoperacyjna, radioterapia, w przypadku odpowiedzi na leczenie radykalna mastektomia.
- D.** chemioterapia przedoperacyjna z immunoterapią antyHER2, w przypadku odpowiedzi na leczenie wycięcie guza z biopsją węzłów chłonnych wartowniczych, dalsze leczenie systemowe anty HER2 oraz radioterapia.
- E.** założenie znacznika do guza piersi, chemioterapia przedoperacyjna z immunoterapią antyHER2, w przypadku odpowiedzi na leczenie wycięcie guza (oznaczonego pierwotnie „klipsem” miejsca w piersi) z biopsją węzłów chłonnych wartowniczych, dalsze leczenie systemowe antyHER2 oraz radioterapia.

Nr 50.Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące elektrochemioterapii (ECT) w leczeniu nowotworów zlokalizowanych w powłokach ciała:

- A.** w procedurze ECT, w raku piersi, stosuje się bleomycynę lub cisplatynę.
- B.** skuteczność ECT zależy od zewnątrzkomórkowego stężenia cytostatyku w czasie elektroporacji i dystrybucji impulsu elektrycznego w obrębie guza.
- C.** u chorych na zaawansowane czerniaki skuteczność ECT, czyli możliwości uzyskania miejscowej remisji, wynosi do 90%.
- D.** w raku piersi do ECT kwalifikuje się chorych z izolowaną wznową miejscową.
- E.** w raku neuroendokrynnym z komórek Merkla ECT nie znajduje zastosowania.

Nr 51. Pacjentka lat 36, zgłosiła się do chirurga onkologa z powodu guza piersi lewej, który stwierdziła podczas samobadania. W oparciu o badanie kliniczne, mammografię, usg piersi oraz regionalnych węzłów chłonnych oraz badanie histopatologiczne (biopsja gruboigłowa) guza piersi pacjentkę zakwalifikowano do pierwotnego leczenia operacyjnego. Wykonano lokalizację guza „kotwicą”, tumorektomię z biopsją węzłów chłonnych wartowniczych. Wynik his-pat pooperacyjny: „Rak piersi NST, G1, ER-90%, PgR- 80%, HER2-(1+), Ki67-10%, jednoogniskowy wielkości 18 mm, wycięty radykalnie z marginesem najwęższym od strony powięzi poniżej 1 mm, pozostałe marginesy od 2 do 8 mm. Zidentyfikowano 3 węzły chłonne wartownicze, jeden węzeł chłonny zawierał mikroprzerzut wielkości 2 mm, drugi węzeł wartowniczy zawierał przerzut wielkości 3 mm, trzeci węzeł chłonny wartowniczy nie zawierał przerzutu. Nie stwierdzono naciekania torebki węzłów wartowniczych”. W takim przypadku zalecanym postępowaniem jest:

- A. poszerzenie marginesów wycięcia raka piersi i wykonanie limfadenektomii pachowej.
- B. wykonanie mastektomii jako leczenia radykalnego chirurgicznie z jednoczasową rekonstrukcją.
- C. wykonanie tylko limfadenektomii pachowej bez poszerzenia marginesów wycięcia raka piersi.
- D. wykonanie mastektomii jako leczenia radykalnego chirurgicznie bez jednoczasowej rekonstrukcji piersi.
- E. leczenie adjuwantowe: systemowe i radioterapia (zgodnie z wynikami badania ACOSOG Z0011).

Nr 52. Przeciwwskazaniem do elektrochemioterapii (ECT), w raku piersi, nie jest:

- A. niewydolność nerek.
- B. zaawansowany wiek.
- C. śródmiąższowe zwłóknienie płuc.
- D. alergia na lek.
- E. lokalizacja przerzutu w pobliżu portu naczyniowego.

Nr 53. Procedura CRS+HIPEC jest stosowana przy przerzutach do otrzewnej przede wszystkim w takich nowotworach jak:

- A. *Merkel cell carcinoma*, mięsak Kaposiego, rak jelita cienkiego.
- B. rak piersi, *ca ovariorum*, rak trzustki.
- C. *dermatofibrosarcoma protuberans*, *melanoma recti*, *NET ventriculi*.
- D. *melanoma oesophagi*, *melanoma ilei*, *carcinosarcoma ovarii*.
- E. *glioblastoma multiforme*, rak płuca, czerniak podpaźnokciowy.

Nr 54.Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące raka przewodowego in situ (DCIS) piersi:

- A. charakteryzuje się obecnością rozrostu nabłonka przewodów bez przekraczania błony podstawnej.
- B. postaci objawowe charakteryzują się obecnością guza, samoistnym wyciekami z brodawki sutkowej lub chorobą Pageta.
- C. jedną z metod diagnostyki przy podejrzeniu DCIS jest badanie fiberoendoskopowe.
- D. w postaciach klinicznie bezobjawowych, u 80% chorych w mammografii występują mikrozwapnienia.
- E. DCIS może występować wieloogniskowo, dlatego podstawą postępowania chirurgicznego jest mastektomia prosta z biopsją węzła wartowniczego.

Nr 55.Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące leczenia przerzutów do otrzewnej:

- A. chirurgiczne usunięcie masy guza (CRS) z zastosowaniem chemioterapii perfuzyjnej w hipertermii (HIPEC) jest najbardziej skuteczną metodą leczenia rozlanego złośliwego międzybłoniaka otrzewnej.
- B. do najczęstszych powikłań, obserwowanych po leczeniu z wykorzystaniem techniki CRS + HIPEC należą powikłania hematologiczne: neutropenia i leukopenia.
- C. możliwości uzyskania dobrych wyników terapeutycznych po wykonaniu CRS + HIPEC ocenia się na podstawie klasyfikacji PCI (*Peritoneal Cancer Index*).
- D. ocenę możliwości wykonania procedury CRS + HIPEC u chorego na śluzaka rzekomego otrzewnej stanowi klasyfikacja Jacqueta i Sugarbakera.
- E. złotym standardem w obrazowaniu nowotworów pierwotnych i wtórnych otrzewnej jest „obrazowanie zależne od dyfuzji” (DWI, *diffusion weighted imaging*).

Nr 56.Najważniejszym czynnikiem rokowniczym w mięsakach tkanek miękkich, który ma bezpośrednio wpływ na rokowanie, jest:

- A. wielkość guza.
- B. położenie i lokalizacja guza.
- C. stopień złośliwości histologicznej.
- D. wielkość marginesu chirurgicznego przy wycięciu doszczętnym.
- E. wskaźnik wielkości guza wobec czasu trwania choroby.

Nr 57.W przypadku GIST żołądka zabiegiem rekomendowanym, przy guzie do 5 cm, jest:

- A. resekcja klinowa z marginesem tkanki zdrowej – resekcja R0.
- B. resekcja klinowa (R0) z biopsją węzła wartowniczego.
- C. resekcja klinowa (R0) z limfadenektomią D1.
- D. częściowa resekcja żołądka.
- E. częściowa resekcja żołądka z limfadenektomią D1.

Nr 58. O podwyższonym ryzyku nawrotu choroby po usunięciu GISTu żołądka, świadczącym o konieczności zastosowania leczenia uzupełniającego imatynibem, **nie świadczy**:

- A. wielkość guza powyżej 5 cm.
- B. wartość wskaźnika mitotycznego: > 5 mitoz/50 pól widzenia.
- C. pęknięcie guza w trakcie operacji.
- D. stwierdzona mutacja w eksonie 11. genu *KIT*.
- E. wysoka aktywność proliferacyjna *Ki67* z przeciwciałem MIB1.

Nr 59. W zaawansowanym miejscowo GIST, o ograniczonej resekcyjności, według współczesnych standardów zaleca się postępowanie według następującej sekwencji:

- A. pierwotną operację wielonarządową R0, leczenie uzupełniające imatynibem w dawce 800 mg/dobę przez 3 lata, wieloletnią obserwację.
- B. pierwotną operację cytoredukcyjną, leczenie uzupełniające imatynibem w dawce 800 mg/dobę przez 3 lata, wieloletnią obserwację.
- C. leczenie neoadjuwantowe imatynibem 400 mg/dobę, w wypadku uzyskania remisji usunięcie mas resztkowych, wieloletnią obserwację.
- D. leczenie neoadjuwantowe imatynibem 800 mg/dobę, w wypadku uzyskania remisji usunięcie mas resztkowych, wieloletnią obserwację.
- E. leczenie neoadjuwantowe imatynibem 800 mg/dobę, w wypadku uzyskania remisji usunięcie mas resztkowych, adjuwantową chemioterapię preparatami platyny w liczbie 6-8 cykli, wieloletnią obserwację.

Nr 60. W kryteriach kwalifikacji do leczenia imatynibem w zaawansowanych nowotworach podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) **nie jest** brana pod uwagę następująca cecha:

- A. wydolność nerek i wątroby.
- B. brak zaburzeń wchłaniania z przewodu pokarmowego.
- C. stan sprawności pacjenta, mierzony w skali WHO.
- D. mierzalność zmian w badaniu CT.
- E. wysoki indeks mitotyczny (ponad 10 mitoz/50 pól widzenia).

Nr 61. Które z poniższych **nie stanowi** wskazania do zastosowania radykalnej radioterapii w mięsakach tkanek miękkich?

- A. guzy resekcyjne w II i III stopniu zaawansowania klinicznego.
- B. guzy nieresekcyjne w II i III stopniu zaawansowania klinicznego.
- C. miejscowy nawrót choroby.
- D. nieradykalna resekcja.
- E. guzy resekcyjne w I stopniu zaawansowania po operacji R0, w przypadku braku zgody pacjenta na adjuwantową chemioterapię.

Nr 62. W przypadku podejrzenia nacieku na kość mięsaka tkanek miękkich w położeniu kończynowym, metodą diagnostyczną z wyboru jest:

- A. USG Dopplera.
- B. rentgenodiagnostyka konwencjonalna.
- C. CT bez kontrastu.
- D. MRI z kontrastem.
- E. PET z użyciem fluorotymidyny.

Nr 63.Przypadkowe usunięcie mięsaka tkanek miękkich, czyli usunięcie bez uprzedniej biopsji i analizy histopatologicznej, traktowane jest w onkologii jako:

- A. resekcja R0, pod warunkiem osiągnięcia przynajmniej 5 mm marginesu zdrowej tkanki.
- B. resekcja R1, jeśli margines zdrowych tkanek jest mniejszy niż 5 mm.
- C. resekcja R1, niezależnie od wielkości marginesu.
- D. resekcja R2, przy marginesie poniżej 1 mm.
- E. resekcja R2, niezależnie od wielkości marginesu.

Nr 64.Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące badań radioizotopowych w onkologii:

- A. są to metody mające szczególne znaczenie w diagnostyce wznowy procesu nowotworowego.
- B. czułość mammoscintygrafii z zastosowaniem ^{99m}Tc -MIBI wynosi 94% i jest zbliżona do czułości badania ^{18}F FDG-PET.
- C. podstawowym badaniem w diagnostyce zmian przerzutowych raka tarczycy jest scyntygrafia po podaniu ^{131}I .
- D. scyntygrafia z użyciem ^{67}Ga jest szczególnie zalecana w diagnostyce przerzutów raka żołądka do regionalnych węzłów chłonnych.
- E. znakowane analogi somatostatyny znalazły zastosowanie w leczeniu chorych z guzami neuroendokrynnymi, a receptory somatostatynowe posiadają także nowotwory gruczołu piersiowego, płuc i chłoniaki.

Nr 65.Które z wymienionych nie stanowi podstawowego wskazania do badania PET w onkologii?

- A. poszukiwanie ogniska pierwotnego u chorych z rozpoznaniem procesu nowotworowego o nieznanym punkcie wyjścia.
- B. ocena stopnia zaawansowania miejscowego i regionalnego w rakach głowy i szyi.
- C. monitorowanie leczenia w chorobach rozrostowych, np. w chłoniaku złośliwym.
- D. ocena stopnia zaawansowania miejscowego i regionalnego raka wątrobowokomórkowego.
- E. podejrzenie nawrotu czerniaka.

Nr 66.W której z poniższych sytuacji klinicznych technika ROLL (*Radioguided Occult Lesion Localization*) nie znajduje zastosowania?

- A. w lokalizacji niepalpacyjnych guzów piersi.
- B. w poszukiwaniu pojedynczych zmian w płucach do 3 cm w największym wymiarze.
- C. w niejodochwytniej wznowie miejscowej zróżnicowanego raka tarczycy.
- D. w lokalizacji pojedynczych gruczolaków przytarczyc.
- E. w lokalizacji przerzutowych węzłów chłonnych nisko zróżnicowanego raka nadnerczy.

Nr 67.Która z poniższych sytuacji klinicznych nie stanowi przeciwwskazania do wykonania badania CT u chorego na nowotwór?

- A. wole toksyczne tarczycy.
- B. planowane leczenie radioaktywnym jodem z powodu raka tarczycy.
- C. planowane leczenie analogami somatostatyny z powodu raka neuroendokrynnego trzustki.
- D. jaskra.
- E. rozedma płuc.

Nr 68.Najskuteczniejszą metodą, z zakresu diagnostyki obrazowej, wykrywania przerzutów do wątroby jest:

- A. TK spiralne z podwójnym kontrastem.
- B. obrazowanie dyfuzji wody w tkankach (technika DWI).
- C. technika planarna, uzupełniona tomografią emisyjną pojedynczego fotonu (SPECT-TK).
- D. scyntygrafia konwencjonalna z obrazowaniem TK.
- E. ultrasonografia.

Nr 69.Czułość techniki SNOLL (*sentinel node and occult lesion localization*) w wykrywaniu niepalpacyjnych ognisk raka piersi oraz lokalizacji węzła wartowniczego określana jest, według aktualnych danych, na:

- A.< 25%. B.około 50%. C.około 75%. D.około 85%. E.> 95%.

Nr 70.Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące współczesnych molekularnych markerów nowotworowych:

- A. HER2 w raku piersi jest markerem prognostycznym i predykcyjnym.
- B. NSE (swoista enolaza neuronowa) jest wykorzystywana w celu określenia stopnia zaawansowania raka jasnokomórkowego nerki.
- C. chorzy z rozsiałym rakiem jelita grubego z mutacją genu *BRAF* mogą odnosić korzyść z terapii anty-EGFR.
- D. wzrost stężenia CgA (chromograniny A) jest obserwowany u chorych z guzami neuroendokrynnymi przewodu pokarmowego.
- E. kalcytonina wykorzystywana jest do wczesnego wykrywania raka rdzeniastego tarczycy.

Nr 71.Protokół ERAS (*enhanced recovery after surgery*), opracowany w 2001 roku, jest to:

- A. protokół zawierający zalecenia postępowania w chłonnokotoku po operacjach limfadenektomii w jamie brzusznej.
- B. algorytm leczenia żywieniowego w zespole krótkiego jelita.
- C. protokół opieki okołoperacyjnej.
- D. zespół zaleceń dotyczących żywienia w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej.
- E. protokół dotyczący żywienia immunomodulującego.

Nr 72.Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące skali PCI (*Peritoneal Cancer Index*) zaproponowanej przez Jacqueta i Sugarbakera:

- A. według tej skali możliwa jest ocena umiejscowienia przerzutów do otrzewnej ściennej a także do otrzewnej trzewnej.
- B. jest najczęściej stosowaną skalą do opisu stopnia zaawansowania przerzutów w jamie otrzewnowej.
- C. jest podstawą kwalifikacji chorych do procedury CRS (cytoreductive surgery) + HIPEC.
- D. na jej podstawie ocenia się możliwość uzyskania korzyści terapeutycznych u chorych z przerzutami do otrzewnej.
- E. służy także do oceny umiejscowienia przerzutów w opłucnej płucnej i opłucnej ściennej.

Nr 73.Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące leczenia bólu w onkologii:

- A. tramadol, kodeina i dihydrokodeina należą do leków I stopnia drabiny analgetycznej.
- B. glikokortykosteroidy zalicza się do adiuwantów analgetycznych w leczeniu bólu kostnego.
- C. w razie nieskuteczności farmakoterapii w leczeniu bólu należy rozważyć użycie technik chirurgicznych.
- D. w nowotworowych „bólach przebijających” podaje się drogą doustną morfinę o natychmiastowym uwalnianiu.
- E. radioterapia jest podstawową metodą leczenia bólu u chorych z izolowanymi przerzutami do kości i mózgu.

Nr 74.Wskaż które z poniższych są opcjami postępowania chirurgicznego w zespole rodzinnej polipowatości gruczołakowatej (FAP – *familial adenomatous polyposis*), jako profilaktyka raka jelita grubego:

- 1) całkowita proktokolektomia z wytworzeniem zbiornika J-pouch z jelita cienkiego;
- 2) całkowita kolektomia z wytworzeniem zespolenia krętnico-odbytniczego;
- 3) całkowita proktokolektomia z wytworzeniem trwałej przetoki jelitowej - ileostomii;
- 4) całkowita proktokolektomia z usunięciem 1/3 dystalnej jelita cienkiego i wytworzeniem trwałej przetoki jelitowej – ileostomii;
- 5) całkowita kolektomia z wytworzeniem trwałej przetoki jelitowej - ileostomii.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.**1,3. **B.**2,3,4,5. **C.**1,2,5. **D.**1,2,3. **E.**2,3,4.

Nr 75. Jakie cechy rodowodowe muszą być spełnione aby, według kryteriów amsterdamskich II, można było postawić rozpoznanie zespołu Lyncha (HNPPC – *hereditary nonpolyposis colorectal cancer*)?

- 1) co najmniej 3 potwierdzone histopatologicznie zachorowania na raka jelita grubego wśród członków rodziny;
- 2) jeden z chorych na raka jelita grubego w rodzinie jest krewnym I stopnia;
- 3) co najmniej dwóch chorych w rodzinie to krewni I stopnia w dwóch różnych pokoleniach;
- 4) przynajmniej u jednego chorego w rodzinie zdiagnozowano raka przed 50. rokiem życia;
- 5) wśród chorych została wykluczona polipowatość rodzinna;
- 6) zostały potwierdzone mutacje w obrębie genów mutatorowych *MSH2* i *MLH1*;
- 7) wczesny wiek zachorowania (przed 45. rokiem życia).

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,5,6,7. **B.** 3,4,6,7. **C.** 1,2,3,4,5. **D.** 1,3,5,7. **E.** 1,3,5,6,7.

Nr 76. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące nosicielek mutacji w genie *BRCA1*:

- A.** prawdopodobieństwo wystąpienia raka piersi wynosi 35-55%.
- B.** poszukiwanie nosicielstwa mutacji u kobiet bez obciążającego wywiadu rodzinnego jest nieuzasadnione.
- C.** w badaniach kontrolnych zaleca się wykonywanie mammografii rezonansu magnetycznego piersi co 12 miesięcy od 25. roku życia.
- D.** zabieg profilaktycznego usunięcia przydatków redukuje ryzyko raka jajnika o 90%, natomiast nie wpływa na zmniejszenie ryzyka wystąpienia raka piersi.
- E.** nie zaleca się samobadania piersi w działaniach profilaktycznych z uwagi na niską czułość i swoistość tej procedury.

Nr 77. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące stosowania heparyn drobnocząsteczkowych (LMWH) i heparyn niefrakcjonowanych (UFH) w profilaktyce żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (VTE) w chirurgii onkologicznej:

- A.** stosowanie LMWH lub UFH w chirurgii onkologicznej po dużych operacjach z powodu nowotworu przyczyniło się do zmniejszenia ryzyka VTE o 60%.
- B.** zgodnie ze współczesnymi standardami u pacjentów operowanych z powodu nowotworu w jamie brzusznej zasadne jest przedłużenie czasu trwania profilaktyki VTE do 30 dni po operacji.
- C.** u pacjentów operowanych metodą laparoskopową obowiązują takie same zasady profilaktyki VTE jakie są u pacjentów operowanych metodą otwartą.
- D.** LMWH są lepszym preparatem u chorych z niewydolnością nerek niż UFH, ponieważ LMWH ma krótszy czas biologicznego półtrwania.
- E.** według skali Capriniego punktacja powyżej 5 pozwala na rozpoznanie dużego ryzyka wystąpienia VTE.

Nr 78. Termin „sarkopenia”, zaproponowany w 1989 roku przez Rosenberga, oznacza:

- A. chorobę skóry, którą ze względu na ogniska dysplazji komórkowej z atypią, zalicza się do stanów przednowotworowych.
- B. przewlekły stan zapalny błony śluzowej jamy ustnej, poprzedzający leukoplakię.
- C. zespół różnych objawów z zakresu paraneoplazji, podłożem których są zaburzenia immunologiczne organizmu w wyniku rozwoju choroby nowotworowej.
- D. postępujący zespół kliniczny, charakteryzujący się utratą masy mięśni szkieletowych, siły i sprawności fizycznej.
- E. zespół objawów klinicznych, spowodowany niedoborami mikroelementów takich jak żelazo, cynk, selen, w wyniku niedostatecznego ich wchłaniania.

Nr 79. Według najnowszych danych epidemiologicznych z 2015 roku struktura zachorowań na najczęstsze nowotwory złośliwe wśród kobiet (K) i mężczyzn (M) w Polsce przedstawia się następująco:

- A. K: piers, płuco, jelito grube
M: płuco, gruczoł krokowy, jelito grube.
- B. K: piers, jelito grube, płuco
M: płuco, gruczoł krokowy, jelito grube.
- C. K: piers, płuco, trzon macicy
M: płuco, jelito grube, pęcherz moczowy.
- D. K: płuco, piers, jelito grube
M: jelito grube, płuco, gruczoł krokowy.
- E. K: płuco, piers, trzon macicy
M: jelito grube, gruczoł krokowy, płuco.

Nr 80. Według najnowszych danych epidemiologicznych z 2015 roku struktura zgonów z powodu najczęstszych nowotworów złośliwych wśród kobiet (K) i mężczyzn (M) w Polsce przedstawia się następująco:

- A. K: jelito grube, trzon macicy, jajnik
M: jelito grube, płuco, żołądek.
- B. K: jelito grube, trzon macicy, płuco
M: płuco, żołądek, gruczoł krokowy.
- C. K: płuco, piers, jelito grube
M: płuco, jelito grube, gruczoł krokowy.
- D. K: piers, płuco, jelito grube
M: płuco, żołądek, jelito grube.
- E. K: jelito grube, jajnik, szyjka macicy
M: gruczoł krokowy, płuco, żołądek.

Nr 81. Po resekcji jelita cienkiego z powodu nowotworu, aby nie doszło do „zespołu krótkiego jelita” powodującego niewydolność jelit i zaburzenia wchłaniania, długość pozostawionego jelita cienkiego **nie może** być krótsza niż:

- A. 100 cm. B. 150 cm. C. 200 cm. D. 220 cm. E. 250 cm.

Nr 82. U pacjentki z rozpoznanym przerzutem odległym z nieznanego ogniska (FPI – *focus primarius ignotus*) wykonano profil ekspresji cytokeratyn w tkance pobranej w wyniku biopsji grubo igłowej uzyskując wynik: CK7 (-), CK20 (+). Na tej podstawie można uznać, że jest to najprawdopodobniej przerzut:

- A. raka jelita grubego.
- B. raka piersi.
- C. raka płuca.
- D. raka jajnika.
- E. raka trzonu macicy.

Nr 83. W aktualnej klasyfikacji klinicznej TNM, cecha Nx oznacza:

- A. brak przerzutu w regionalnych węzłach chłonnych.
- B. obecny mikroprzerzut podtorebkowy, wykryty w badaniu USG, nie mający znaczenia klinicznego.
- C. obecny makroprzerzut w węzle wartowniczym, niepalpacyjny, wykryty w badaniu USG.
- D. brak możliwości oceny regionalnych węzłów chłonnych.
- E. nie istnieje kategoria Nx – jej używanie uważa się za niewłaściwe.

Nr 84. Opisano stopień zaawansowania nowotworu w klasyfikacji TNM jako: ycrT2C1 N0C1 M0C1. Jest to ocena stopnia zaawansowania:

- A. wznowy nowotworu złośliwego w badaniu klinicznym po chemioterapii, a informacje pochodzą z badań standardowych (badanie palpacyjne, standardowe badanie radiologiczne, standardowe badanie endoskopowe).
- B. nowotworu złośliwego pierwotnego w badaniu klinicznym, przed neoadjuwantową chemioterapią, a informacje uzyskano dzięki zastosowaniu specjalnych technik diagnostycznych (limfografia, angiografia, scyntygrafia, MR itp.).
- C. guza pierwotnego w badaniu obrazowym, po radioterapii, a informacje uzyskano dzięki wykonaniu zwiadowczego zabiegu chirurgicznego.
- D. wznowy miejscowej w badaniu obrazowym, a informacje pochodzą z analizy histopatologicznej preparatu po radykalnym zabiegu chirurgicznym.
- E. wznowy miejscowej, po chemioterapii neoadjuwantowej, a informacje uzyskano dzięki badaniu autopsijnemu.

Nr 85. W wykrywaniu i rozpoznawaniu pierwotnych guzów kości a także przerzutów do kości podstawowym badaniem jest:

- A. konwencjonalna rentgenodiagnostyka.
- B. tomografia komputerowa.
- C. badanie izotopowe.
- D. PET CT.
- E. badanie rezonansu magnetycznego.

Nr 86. W raku żołądka stopień zaawansowania klinicznego IB oznacza według klasyfikacji TNM:

1) T1N0M0; 2) T1N1M0; 3) T2N0M0; 4) T2N1M0; 5) T3N0M0.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2.
- B. 1,2,3.
- C. 2,3.
- D. 2,3,5.
- E. 3,4,5.

Nr 87.W przypadku gruczolakoraka połączenia przełykowo-żołądkowego typu III wg klasyfikacji Siewerta zaleca się:

- A.**laparotomię i prawą torakotomię z usunięciem dolnego piersiowego odcinka przełyku.
- B.**całkowitą resekcję żołądka z resekcją dolnego odcinka przełyku z dostępu przezrozworowego.
- C.**całkowitą resekcję żołądka z resekcją dolnego odcinka przełyku z dostępu przezrozworowego ze śródoperacyjnym badaniem histopatologicznym marginesu resekcji od strony przełyku. Gdy wynik hist-pat wskazuje na obecność nowotworu w marginesie należy poszerzyć zakres resekcji przełyku z dostępu przez torakotomię.
- D.**całkowitą resekcję przełyku z dostępu przez torakotomię oraz resekcję górnej części żołądka (1/3) z dostępu przez laparotomię ze śródoperacyjnym badaniem histopatologicznym marginesu resekcji od strony żołądka. Gdy wynik hist-pat wskazuje na obecność nowotworu w marginesie należy poszerzyć zakres resekcji żołądka wykonując gastrektomię.
- E.**całkowitą resekcję przełyku z dostępu przez torakotomię oraz resekcję górnej części żołądka (2/3) z dostępu przez laparotomię.

Nr 88.Przeciwwskazaniem do wykonania gastrokopii nie jest:

- A.**ostra niewydolność oddechowa.
- B.** ostra niewydolność krążeniowa.
- C.**perforacja przewodu pokarmowego.
- D.** przetoka przełykowo-oskrzelowa.
- E.**bakteriemia.

Nr 89.U 60-letniego mężczyzny, wieloletniego palacza tytoniu, wykonano konwencjonalne badanie rentgenowskie płuc. Stwierdzono: cień okrągły w płucu prawym, zmianę zarysu wnęk, zaburzenia powietrzności tkanki płucnej. Następnym, w logicznej kolejności diagnostyki płuc, badaniem diagnostycznym powinna być:

- A.**bronchoskopia.
- B.**spiralna tomografia komputerowa.
- C.**rezonans magnetyczny.
- D.**USG przezprzełykowe.
- E.**PET.

Nr 90.Celem bronchofiberoskopii autofluorescencyjnej w diagnostyce w kierunku raka płuca jest:

- A.** wykrycie nawrotu choroby po resekcji segmentu płuca w okresie obserwacji pooperacyjnej.
- B.** wykrycie wczesnego guza Pancoasta.
- C.** wykrycie i różnicowanie raka drobnokomórkowego.
- D.** wykrycie i różnicowanie raka wielkokomórkowego.
- E.** wykrycie zmian przednowotworowych.

Nr 91. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące diagnostyki raka płuca:

- A. objawy paranowotworowe u chorych z rakiem płuca mogą na wiele lat wyprzedzać pojawienie się nowotworu w badaniu obrazowym czy klinicznym.
- B. wg współczesnych zaleceń wyjściowym badaniem obrazowym w kierunku raka płuca jest rtg klatki piersiowej.
- C. badanie ultrasonograficzne nie ma zastosowania w diagnostyce raka płuca.
- D. technika PET jest przydatna w ocenie przerzutów do węzłów chłonnych śródpiersia, ale nie wykrywa ona zmian mniejszych niż 8 mm średnicy.
- E. markery nowotworowe (CYFRA-21, CEA, Scc-Ag, NSE) nie są standardem w diagnostyce raka płuca ze względu na małą swoistość.

Nr 92. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące chirurgicznego leczenia w niedrobnokomórkowym raku płuca:

- A. podstawą leczenia jest radykalny zabieg chirurgiczny.
- B. usunięcie płata płuca jest operacją o optymalnej rozległości.
- C. w I stopniu zaawansowania choroby można rozważyć wykonanie segmentektomii.
- D. w szczególnych sytuacjach klinicznych dopuszcza się wykonanie resekcji klinowej.
- E. aby zabieg uznać za radykalny należy usunąć minimum 25 węzłów śródpiersia.

Nr 93. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące nowotworów neuroendokrynnych (NEN) układu pokarmowego:

- A. gastrinoma w zespole MEN I jest zwykle guzem pojedynczym, dlatego skutecznym leczeniem jest leczenie operacyjne.
- B. w guzie insulinoma trzustki o średnicy poniżej 2 cm, jako zabieg leczniczy można wykonać wyluszczenie guza metodą laparoskopową.
- C. w leczeniu NEN okrężnicy zakres operacji powinien być taki sam jak w rakach gruczołowych.
- D. w przypadku NEN odbytnicy o średnicy mniejszej niż 1 cm, jako zabieg leczniczy można zastosować chirurgiczne leczenie miejscowe.
- E. w przypadku rozpoznania raka śluzowo-komórkowego w wyrostku robaczkowym należy wykonać hemikolektomię prawostronną.

Nr 94. W jakich sytuacjach klinicznych w raku piersi są wskazania do biopsji węzła wartowniczego?

- 1) w raku zrazikowym *in situ*;
- 2) w raku piersi u mężczyzn;
- 3) w przerzucie do piersi;
- 4) w mięsaku piersi;
- 5) w metaplastycznym raku piersi;
- 6) w chłoniaku piersi.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. tylko 2. B. 1,3. C. 3,4,6. D. 2,5. E. 2,3.

Nr 95. W których nowotworach skóry należy wykonać biopsję węzła wartowniczego?

- 1) *melanoma malignum* T1a;
- 2) *rhabdomyosarcoma alveolare*;
- 3) znamię Spitz;
- 4) *epithelioid sarcoma*;
- 5) rak Merkla;
- 6) *lentigo malignant melanoma*;
- 7) *basalioma epithelioides*.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,6,7. **B.** 2,3,4,5. **C.** 3,5,6,7. **D.** 1,6. **E.** tylko 5.

Nr 96. W rozpoznanym raku piersi podano radioznacznik w okolicę okołootoczkową. W czasie limfoscintygrafii znaleziono węzeł w okolicy jamy pachowej, a miejsce oznakowano markerem. Usuwając węzeł wartowniczy należy, zgodnie z protokołem operacyjnym, dokonać pomiaru promieniowania w następujących miejscach, **z wyjątkiem**:

- A.** miejsca podania znacznika w okolicy okołootoczkowej, jako badanie wstępne poziomu promieniowania.
B. przezskórnie, w okolicy jamy pachowej, w miejscu określonym w czasie limfoscintygrafii.
C. w polu operacyjnym, w celu lokalizacji węzła wartowniczego.
D. *ex vivo* po usunięciu węzła, oceniając poziom promieniowania preparatu.
E. w łoży po usunięciu węzła.

Nr 97. W badaniu histopatologicznym, po analizie immunohistochemicznej, znaleziono jednomilimetrowy przerzut w jednym węźle wartowniczym u chorej na raka piersi. Następnym etapem postępowania jest:

- A.** limfadenektomia pachowa.
B. radioterapia na okolicę jamy pachowej.
C. obserwacja pod warunkiem, że położenie przerzutu jest podtorebkowe.
D. chemioterapia, jeśli położenie przerzutu jest śródmiąższowe.
E. obserwacja, niezależnie od położenia ogniska przerzutu, zgodna z protokołem *follow-up*.

Nr 98. Która z poniższych cech guza stanowi **przeciwwskazanie** do endoskopowego leczenia raka płaskonabłonkowego przełyku?

- A.** wysoki lub średni stopień zróżnicowania histologicznego.
B. głębokość nacieku ograniczona do powierzchownych warstw błony śluzowej.
C. brak cech inwazji naczyniowej i limfatycznej w usuniętym materiale.
D. wielkość guza 2 cm, dla zmian zajmujących cały obwód przełyku.
E. wielkość guza 1 cm, dla zmian zapadniętych.

Nr 99.Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące wskazań do biopsji węzła wartowniczego w raku piersi:

- A. jeśli węzły wartownicze nie są zajęte przerzutami lub w 1–2 węzłach wartowniczych obecne są mikroprzerzuty, nie ma wskazań do dalszego miejscowego leczenia obszarów węzłowych.
- B. u chorych z cechą T1 lub T2 cN0 i przerzutami w 1–2 węzłach wartowniczych, które nie otrzymały wcześniej leczenia systemowego, w przypadku leczenia oszczędzającego z zastosowaniem RT można odstąpić od limfadenektomii.
- C. u chorych z przerzutami w 1–2 węzłach wartowniczych alternatywą dla limfadenektomii pachowej może być RT pachy.
- D. biopsję węzła wartowniczego można wykonać u chorych z wyjściową cechą pN+ (ocenioną na podstawie biopsji cienko- lub gruboigłowej), u których na skutek przedoperacyjnego leczenia systemowego uzyskano całkowitą remisję kliniczną zmian węzłowych, przy czym w tym przypadku konieczna jest ocena co najmniej 3 węzłów chłonnych oraz zastosowanie podwójnego znakowania węzłów wartowniczych.
- E. jeśli w badaniu wyjściowym stwierdzano cechę cN1 i przerzuty raka w biopsji cienkoigłowej lub gruboigłowej, a po przedoperacyjnym leczeniu systemowym nie stwierdza się przerzutów w węzłach wartowniczych w badaniu klinicznym ycN0 i brak jest komórek nowotworowych w biopsji gruboigłowej, mimo to są wskazania do wykonania pełnej limfadenektomii pachowej.

Nr 100.Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące czynników prognostycznych i predykcyjnych w raku piersi:

- A. raki bez ekspresji ER i PgR są niepodatne na leczenie hormonalne antyestrogenami.
- B. nadekspresja ER i PgR wiąże się z mniejszą wrażliwością na chemioterapię, ale z lepszym rokowaniem.
- C. nadmierna ekspresja białka HER2 historycznie stanowiła niekorzystny czynnik rokowniczy, ale po wprowadzeniu leczenia anty-HER2 rokowanie jest porównywalne z rakami HER2(–).
- D. naciekanie przez nowotwór okołoguzowych naczyń chłonnych nie jest niezależnym czynnikiem rokowniczym – jest nim natomiast obecność przerzutów w pachowych węzłach chłonnych.
- E. wartość progowa dla wysokiej proliferacji Ki67 zawiera się w granicach 20–29%, co ma konsekwencje kliniczne, dotyczące rokowania i sposobu leczenia.

Nr 101.Wskazaniem do radioterapii po amputacji piersi z powodu raka nie jest:

- A. cecha T3N0 z dodatkowymi czynnikami ryzyka (np. wiek poniżej 40 lat, ER-, PR-, cecha G3).
- B. cecha T4, niezależnie od innych czynników ryzyka.
- C. obecność przerzutów w 1-3 węzłach chłonnych i dodatkowych czynników ryzyka.
- D. obecność przerzutów w co najmniej 4 węzłach chłonnych, niezależnie od innych czynników ryzyka.
- E. położenie guza w zaawansowaniu T2 w ogonie Spence'a, niezależnie od innych czynników ryzyka.

Nr 102. Czerniak, w badaniu histopatologicznym, pT2aN1bM1b oznacza, że:

- A. grubość nacieku guza wynosi 1,01 – 2,00 mm, bez owrzodzenia, jest jeden zajęty węzeł chłonny z makroprzerzutem, stwierdza się przerzuty do płuc.
- B. grubość nacieku guza jest mniejsza niż 1 mm, z owrzodzeniem, liczba zajętych węzłów chłonnych wynosi 4 (makroprzerzut), stwierdza się przerzuty do płuc.
- C. grubość nacieku guza jest mniejsza lub równa 1 mm, z owrzodzeniem, liczba zajętych węzłów chłonnych wynosi 2-3 (mikroprzerzut), stwierdza się przerzuty do skóry i tkanki podskórnej.
- D. grubość nacieku guza wynosi 1,01-2,00 mm, bez owrzodzenia, liczba zajętych węzłów chłonnych wynosi 2- 3, stwierdza się przerzuty do węzłów poza regionalnym spływem.
- E. grubość nacieku guza wynosi 1,01 – 2,00 mm, bez owrzodzenia, jest jeden zajęty węzeł chłonny z makroprzerzutem, stwierdza się przerzuty do węzłów chłonnych poza regionalnym spływem.

Nr 103. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące leczenia raka przełyku:

- A. przepuklina rozworu przełykowego jest stanem usposabiającym do rozwoju raka przełyku.
- B. zalecenia co do radykalnego leczenia raka przełyku zakładają szeroki zakres wycięcia tego narządu z marginesem minimalnym – 5 cm, preferowanym – 10 cm.
- C. w przypadku guzów położonych we wpuście i w dystalnej części przełyku preferuje się subtotalną resekcję przełyku wg metody Ivory-Lewisa i Tannera-Lewisa.
- D. w przypadku przełyku Barreta można wykonać segmentowe wycięcie przełyku wg metody Merendino.
- E. w raku gruczołowym przełyku wskazane jest zastosowanie neoadjuwantowej chemioterapii; w raku płaskonabłonkowym leczenia neoadjuwantowego nie stosuje się.

Nr 104. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące najczęstszych nowotworów klatki piersiowej:

- A. obecność zespołu Gardnera sprzyja rozwojowi mięsaków tkanek miękkich w obrębie ściany klatki piersiowej.
- B. podstawą leczenia pierwotnych, złośliwych nowotworów ściany klatki piersiowej jest leczenie chirurgiczne w postaci rozległego wycięcia guza z marginesem bocznym minimum 4-5 cm.
- C. w mięsaku Ewinga ściany klatki piersiowej jedynymi zalecanymi metodami leczenia są radio- i chemioterapia; leczenie chirurgiczne nie ma zastosowania.
- D. do rekonstrukcji tkanek miękkich ściany klatki piersiowej wykorzystuje się sieć większą.
- E. pacjenci z pierwotnymi, łagodnymi nowotworami ściany klatki piersiowej, po radykalnym leczeniu chirurgicznym, nie wymagają leczenia uzupełniającego.

Nr 105.Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące guza Buschke-Loewensteina:

- A.jest to guz rosnący w postaci nacieku powierzchownego, zlokalizowanego na wargach sromowych mniejszych.
- B.jest to guz o dużej złośliwości histopatologicznej.
- C. po usunięciu radykalnym zwykle nie dochodzi do miejscowych nawrotów, dlatego pooperacyjne napromienianie jest nie zalecane.
- D. w ponad 90% przypadków, w krótkim czasie dochodzi do przerzutów drogą chłonną do węzłów chłonnych pachwinowo-biodrowych, dlatego u chorych w zaawansowaniu T2 zawsze trzeba rozważyć obustronną elektywną limfadenektomię pachwinowo-biodrową.
- E.nowotwór nie daje przerzutów odległych drogą krwionośną.

Nr 106.Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące złośliwego międzybłoniaka opłucnej (*mesothelioma*):

- A.powstaje w wyniku narażenia na kontakt z azbestem.
- B.występuje zwykle jednostronnie.
- C.leczeniem przynoszącym najlepsze efekty lecznicze jest pleuropneumonektomia.
- D.do operacyjnego leczenia kwalifikuje się zaledwie 10-15% chorych.
- E.skuteczną alternatywą leczenia chirurgicznego, we wczesnych stopniach zaawansowania, jest radio-chemioterapia.

Nr 107.Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące stosowania techniki PET w onkologii:

- A.zastosowanie 18FDG (fluorodezoksyglukozy) nie pozwala na uwidocznienie raka gruczołu krokowego.
- B.zwiększone zużycie glukozy przez komórki w stanie zapalnym zmniejsza swoistość badania PET i jest przyczyną wyników fałszywie dodatnich.
- C.technika PET nie znajduje zastosowania w diagnostyce raka płuca, co wiąże się z fizjologicznym gromadzeniem znacznika 18FDG również w guzach łagodnych tkanki płucnej.
- D.gromadzenie 18FDG w żołądku jest zmienne i zależy od motoryki błony mięśniowej narządu, stąd badanie żołądka techniką PET wykazuje małą czułość, dlatego większe nadzieje w diagnostyce raka żołądka związane są ze stosowaniem znakowanej fluorotymidyny.
- E.technika PET odgrywa istotną rolę w diagnostyce chłoniaków.

Nr 108.Odstająca łopatka po operacji limfadenektomii pachowej jest efektem śródoperacyjnego uszkodzenia:

- A. nerwu podłopatkowego.
- B. nerwu piersiowo-grzbietowego.
- C. nerwu piersiowego długiego.
- D. nerwów piersiowych przednich.
- E. nerwu międzyżebrowo-ramiennego tylnego.

Nr 109.Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące badania ultrasonograficznego (USG):

- A.odróżnienie guza złośliwego od niezłośliwego w obrazie USG jest możliwe i opiera się na obserwacji echogeniczności guza w fazie żyłnej: guzy złośliwe niemal nigdy nie są hiperechogeniczne, a guzy niezłośliwe niemal nigdy w tej fazie nie są hipoechogeniczne.
- B.czułość techniki USG z kontrastem, w rozpoznawaniu guzów wątroby, nie dorównuje obrazom uzyskiwanym techniką komputerowej tomografii lub rezonansu magnetycznego, dlatego technika usg w diagnostyce guzów tego narządu nie znajduje zastosowania.
- C.ultrasonografia śródoperacyjna jest stosowana głównie w diagnostyce narządów miękkich, przestrzeni zaotrzewnowej oraz naczyń jamy brzusznej.
- D.użyteczność ultrasonografii laparoskopowej dla chirurga polega na pomocy w podejmowaniu decyzji o resekcyjności zmian nowotworowych.
- E.echoendoskopia jest metodą z wyboru w wykrywaniu guzów neuroendokrynnych trzustki i czułością w tym względzie przewyższającą scyntyografię ze znakowanymi analogami somatostatyny.

Nr 110.Które z poniższych nie jest wskazaniem do wykonania mammografii przy użyciu rezonansu magnetycznego w diagnostyce piersi?

- A.podejrzenie raka ukrytego piersi (*carcinoma occultum*).
- B.jako uzupełnienie mammografii rentgenowskiej w przypadku podejrzenia raka piersi.
- C.u młodych kobiet w przypadku podejrzenia choroby Mondora piersi.
- D.w ocenie wieloogniskowości i aktywności neoangiogenezy.
- E.w monitorowaniu odpowiedzi guza na leczenie cytostatykami.

Nr 111.Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące konwencjonalnej rentgenodiagnostyki:

- A. mimo rozwoju nowoczesnych metod obrazowania konwencjonalne zdjęcie klatki piersiowej pozostaje nadal podstawowym badaniem dla wykrywania nowotworów pierwotnych w obrębie klatki piersiowej.
- B.konwencjonalne zdjęcie rentgenowskie jest nadal techniką nie do zastąpienia w wykrywaniu nowotworów pierwotnych i przerzutów do kości.
- C.wysoka czułość konwencjonalnej mammografii połączona z niskim kosztem badania spowodowały, że badanie to znalazło miejsce w badaniach przesiewowych w kierunku raka piersi.
- D. wlew doodbytniczy może stanowić cenne uzupełnienie badania endoskopowego w tych przypadkach, w których nie ma możliwości wprowadzenia aparatu endoskopowego poza naciek nowotworowy.
- E.jelito cienkie, w którym nowotwory są bardzo rzadkie, można zbadać jedynie przy użyciu endoskopii kapsułkowej; konwencjonalna rentgenodiagnostyka w badaniu jelita cienkiego nie ma zastosowania.

Nr 112.Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące nerczaka płodowego (nephroblastoma):

- A. jest to jeden z najczęstszych guzów litych występujących u dzieci.
- B. jest najczęściej wykrywany podczas rutynowego badania klinicznego, a podstawą podejrzenia w kierunku tego rozpoznania jest powiększony obwód jamy brzusznej przy dobrym stanie ogólnym dziecka.
- C. podstawowym, wstępnym badaniem obrazowym jest ultrasonografia.
- D. leczenie rozpoczyna się od chemioterapii adjuwantowej, bez weryfikacji histopatologicznej (tylko na podstawie badania klinicznego oraz badania usg).
- E. nerczak płodowy nie daje przerzutów ani drogą chłonną ani krwionośną; jest guzem miejscowo złośliwym, z tendencją do wznów miejscowych, obserwowanych u około 30% chorych.

Nr 113.Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące antygenu karcynoembrionalnego (CEA):

- A. poziom CEA wzrasta w raku jelita grubego w okresie przedinwazyjnym dlatego postuluje się użycie go rutynowo jako marker w badaniach przesiewowych, mimo jego niskiej swoistości.
- B. wzrost stężenia CEA najczęściej towarzyszy rakowi jelita grubego, ale może także towarzyszyć chłoniakowi oraz czerniakowi.
- C. wśród nienowotworowych przyczyn wzrostu stężenia CEA wymienia się zapalenie płuc.
- D. po wykonaniu radykalnego zabiegu stężenie CEA powinno wrócić do normy.
- E. leczenie cytostatykami może doprowadzić do wzrostu CEA, dlatego nie zaleca się badania poziomu CEA w czasie chemioterapii.

Nr 114.Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące diagnostyki laboratoryjnej w onkologii:

- A. odczyn Biernackiego to najbardziej czuły, ale bardzo mało swoisty wskaźnik procesów patologicznych, w tym nowotworowych.
- B. wzrost stężenia kalcytoniny występuje zwykle w raku rdzenia nadnerczy, co skłania do dalszej diagnostyki, przede wszystkim ultrasonograficznej.
- C. wzrost stężenia fosfatazy zasadowej towarzyszy zwykle chorobom wątroby, kości i przewodu pokarmowego.
- D. hiperkalcemia to objaw występujący głównie w guzach nowotworowych kości, najczęściej w przerzutach do kości z raka płuca, piersi i nerki.
- E. wzrost stężenia gamma-glutamylotransferazy (GGT) świadczy zwykle o cholestazie wewnątrzwątrobowej.

Nr 115. Amputację gruczołu piersiowego w modyfikacji Halsteda, w przypadku rozpoznania raka piersi wykonuje się, jeśli:

- A. w badaniu klinicznym stwierdzi się powiększone węzły chłonne pachowe w zaawansowaniu T2 po jednoimiennej stronie.
- B. w badaniu klinicznym stwierdzi się powiększone węzły chłonne T2 po przeciwległej stronie.
- C. śródoperacyjnie stwierdzi się naciek węzłów Drogi Rottera na mięsień piersiowy mniejszy.
- D. w przedoperacyjnych badaniach stwierdzi się naciek guza nowotworowego na mięsień piersiowy większy.
- E. śródoperacyjnie stwierdzi się naciek guza nowotworowego na powięź mięśnia piersiowego większego.

Nr 116. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące rogowiaka kolczystokomórkowego (*keratoacanthoma*):

- 1) jest wysokodojrzałym rakiem skóry;
- 2) jego charakterystyczną cechą kliniczną jest wiśniowe zabarwienie;
- 3) może ulegać samoistnej regresji;
- 4) leczeniem z wyboru jest leczenie chirurgiczne;
- 5) najczęstszą lokalizacją rogowiaka jest twarz i inne części ciała narażone na działania promieni słonecznych;
- 6) jest guzem nienabłonkowym.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,3,4,5. B. 3,5,6. C. 2,4,5. D. 2,5. E. 2,3,6.

Nr 117. Usunięto znamień barwnikowe, położone na skórze twarzy u 70-letniej kobiety. Rozpoznanie histopatologiczne: *lentigo malignant melanoma*. W wyniku usunięcia uzyskano siedmiomilimetrový margines zdrowych tkanek. W badaniu klinicznym nie stwierdzono powiększenia regionalnych węzłów chłonnych. Następnym etapem postępowania, zgodnym ze współczesnymi standardami, jest:

- A. poszerzenie brzegów rany tak, aby margines zdrowych tkanek był minimum jednocentymetrový.
- B. biopsja węzła chłonnego wartowniczego.
- C. poszerzenie brzegów rany tak, aby margines zdrowych tkanek był minimum jednocentymetrový i biopsja węzła chłonnego wartowniczego.
- D. poszerzenie brzegów rany tak, aby margines zdrowych tkanek był minimum dwucentymetrový.
- E. obserwacja.

Nr 118. Pacjent lat 60, z rozpoznaniem histopatologicznym rakiem gruczołowym odbytnicy. Guz okrężny, w badaniu *per rectum*, położony jest w zasięgu palca, węzły chłonne pachwinowe nie są powiększone. Wykonano wszelkie, właściwe badania dodatkowe, zgodne z zaleceniami. Wniosek końcowy – nieoperacyjny. Pacjentowi powinno się zaproponować:

- A. chemioterapię : 9 cykli 5FU + leukoworyna.
- B. radioterapię - krótkie ramię.
- C. radioterapię – długie ramię.
- D. radio-chemioterapię.
- E. konsultację internistyczną.

Nr 119. Amputacji prostej piersi **nie wykonuje** się w przypadku:

- A. mięsaka piersi.
- B. złośliwego guza liściastego.
- C. nawrotu miejscowego po leczeniu oszczędzającym.
- D. rozległych zmian o typie rozrostów przewodowych z atypią komórkową.
- E. miejscowo zaawansowanego raka piersi jako operacji paliatywnej.

Nr 120. U kobiety w wieku 42 lat w mammografii opisano skupisko rozgałęzionych zwapnień o spikularnym charakterze (BI-RADS 4c). W USG opisano dobrze ograniczoną litą zmianę o średnicy 12 mm w rzucie zmiany opisanej w mammografii oraz niezmienione pachowe węzły chłonne. W wywiadzie rodzinnym nie stwierdzono zwiększonej częstości występowania raka piersi. Z opisanej zmiany pod kontrolą USG wykonano biopsję gruboigłową, otrzymując w raporcie histopatologicznym rozpoznanie FEA (flat epithelial atypia). Dalsze postępowanie powinno polegać na:

- A. ścisłej obserwacji klinicznej z uwzględnieniem mammografii co 3-6 miesięcy.
- B. wycięciu zmiany w całości po oznaczeniu igłą lokalizacyjną.
- C. ponownej biopsji gruboigłowej w celu wykluczenia towarzyszącego raka piersi.
- D. wycięciu wartowniczego węzła chłonnego.
- E. uzupełniającym przyspieszonym częściowym napromienianiu piersi (accelerated partial breast irradiation, APBI).

Dziękujemy !